Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

28 828 Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 90

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2015

Tijdens het Algemeen Overleg over zorgfraude op 5 februari 2015 heeft het lid Rutte een motie ingediend (Kamerstuk 28 828, nr. 83) waarin de regering verzocht wordt onderzoek te doen naar de introductie van een «last resort»- verzekering voor verzekerden die gefraudeerd hebben. Deze motie is op 10 februari 2015 aangenomen. Naar aanleiding van de motie heb ik Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd nader onderzoek te doen. In deze brief schets ik eerst de vraagstelling van de motie en het bestaande beleid van zorgverzekeraars met betrekking tot frauderende verzekerden. Daarna ga ik in op het onderzoek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Daarnaast doe ik u ter kennisneming het document «Strategisch Handhavingskader Zorg» toekomen (bijlage 1)[1]. Dit document beschrijft op hoofdlijnen hoe zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het Openbaar Ministerie samenwerken bij het versterken van normnaleving in de zorg en de (juridische) instrumenten die zij daarbij tot hun beschikking hebben. Het Strategisch Handhavingskader Zorg is opgesteld in het kader van het programma Rechtmatige Zorg, dat de Staatssecretaris en ik op 27 maart jongstleden aan uw Kamer hebben gestuurd[2].

Vraagstelling motie

Met de motie wordt de regering gevraagd de mogelijkheden te onderzoeken voor het introduceren van een «last resort»-verzekering voor verzekerden die gefraudeerd hebben, waarbij ook gekeken wordt naar de mogelijkheden van een aangepaste premie en de mogelijke tijdspanne waarin verzekerden verplicht onder dit aangepaste regime moeten vallen en de Kamer hierover te informeren. Vanwege de acceptatieplicht in de Zorgverzekeringswet kan de frauderende verzekerde die door zijn

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[2] Kamerstuk 28 828, nr. 89.

kst-28828-90
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

zorgverzekeraar geroyeerd is bij een volgende zorgverzekeraar niet geweigerd worden. De motie geeft aan dat het wenselijk is dat deze verzekerden beter in de gaten kunnen worden gehouden door zorgverzekeraars.

Bestaand beleid van frauderende verzekerden bij zorgverzekeraars

Het beleid met betrekking tot de aanpak van fraude door zorgverzekeraars is neergelegd in de zogenaamde «Maatregelenrichtlijn»[3]. Op basis van deze richtlijn bepalen verzekeraars welke maatregelen passend zijn als ze fraude vaststellen. Alle zorgverzekeraars hanteren deze richtlijn. Het maatregelenbeleid bestaat uit de volgende maatregelen die oplopen in mate van zwaarte: het geven van een waarschuwing aan de fraudeur[4], het intern registreren van fraudeurs, het opzeggen van de verzekering (bij verzekerden) of het opzeggen van de overeenkomst (bij zorgaanbieders), het registreren in het Extern Verwijzingenregister (EVR) om andere verzekeraars te waarschuwen of een verzoek tot straf-, bestuurs- en/of tuchtrechtelijke vervolging.
Zorgverzekeraars kunnen fraudeurs dus zowel intern binnen hun eigen organisatie als extern in het Extern Verwijzingenregister (EVR) van de Stichting Centraal Informatie Systeem[5] registreren. Intern registreren zorgt er voor dat de frauderende persoon voor andere relevante functionarissen/afdelingen binnen de zorgverzekeraar raadpleegbaar zijn, zodat bijvoorbeeld nota's van deze persoon extra worden gecontroleerd of worden tegengehouden. Het EVR is breder toegankelijk, namelijk voor alle verzekeringsmaatschappijen. Door een check in het EVR vóór acceptatie[6] van een nieuwe verzekerde weet een verzekeraar of er wat aan de hand is met deze verzekerde en kan het passende maatregelen nemen, zoals het extra controleren van nota's alvorens deze te vergoeden.

Onderzoek ZN

Om in kaart te brengen hoe groot het vraagstuk is van frauderende verzekerden waar geen toezicht op is door zorgverzekeraars heeft ZN een inventarisatie gehouden onder alle zorgverzekeraars. Deze inventarisatie maakt duidelijk dat het aantal verzekerden dat vanwege fraude wordt geroyeerd zonder dat andere verzekeraars gewaarschuwd zijn klein is.

---

[3] De maatregelenrichtlijn is niet openbaar om calculerend handelen te voorkomen.
[4] Fraudeur kan zijn frauderende verzekerden, zorgaanbieders en derden, zoals leveranciers van hulpmiddelen en bemiddelingsbureaus.
[5] De Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) is een zelfstandige stichting die verzekeringsgegevens bewaart voor verzekeringsmaatschappijen die in Nederland werken. Verzekeringsmaatschappijen mogen bepaalde gegevens over klanten bewaren en uitwisselen. Dat zijn gegevens die inzicht geven in het verzekeringsverleden van een klant die een verzekering wil afsluiten of een schade meldt. Deze informatie wordt centraal door Stichting CIS in een centrale databank bewaard. Onderdeel van de databank van Stichting CIS is het Externe Verwijzingenregister, een register met verwijzingsgegevens van (rechts)personen die hebben gefraudeerd of op een andere manier een risico vormen. In het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (www.nvb.nl) staan de procedures en voorwaarden voor het vastleggen, gebruiken en uitwisselen van persoonsgegevens.
[6] Deze check vindt standaard plaats bij acceptatie door zorgverzekeraars. Bij overstappen kan de nieuwe zorgverzekeraar zich door raadpleging op de hoogte stellen van mogelijke eerder gepleegde fraude en kan hij hiermee van meet af aan rekening houden.

Het onderstaand overzicht bevat het aantal verzekerden waarbij zorgverzekeraars in de jaren 2012 tot en met 2014 fraude door verzekerden hebben vastgesteld.

Jaren	Aantal frauderende verzekerden
2012	158
2013	170
2014	164
Totaal (2012 t/m 2014)	492

Zorgverzekeraars hebben de volgende maatregelen op deze 492 verzekerden toegepast:

Maatregel	Aantal frauderende verzekerden
In eigen portefeuille houden + interne registratie	321
Royeren + EVR-registratie	124
Royeren zonder EVR-registratie	47

Uit het voorgaande komt naar voren dat zorgverzekeraars op het merendeel van de frauderende verzekerden zicht houden door ofwel de verzekerden in eigen portefeuille te houden (waarbij deze verzekerden door interne registratie extra in de gaten worden gehouden) of door bij royement een EVR-registratie te doen. Bij 47 verzekerden is bij royement geen EVR-registratie gedaan. ZN geeft aan dat dit toezichtsgat eenvoudig is op te lossen door een aanpassing van de maatregelenrichtlijn in die zin dat bij royement altijd een EVR-registratie dient plaats te vinden. ZN heeft mij laten weten de maatregelenrichtlijn zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk voor de zomer aan te passen.

Conclusie

Op basis van de uitkomsten van de inventarisatie van ZN gaat mijn voorkeur uit naar aanpassing van de maatregelenrichtlijn zoals door ZN voorgesteld en het hanteren van deze maatregelenrichtlijn door zorgverzekeraars.
Het oprichten van een aparte verzekering voor frauderende verzekerden zou niet proportioneel zijn nu dit slechts een relatief beperkt aantal verzekerden per jaar betreft. Bovendien is het niet noodzakelijk omdat zorgverzekeraars zelf gaan voorzien in een eenvoudige oplossing.

Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd en aan de motie te hebben voldaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers